LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Maladies vénériennes : Prophylaxie des maladies vénériennes, par le Dr F. Buret, p. 689. — **Clinique médicale :** Un cas curieux d'hydrargyrisme, par le Dr Millée, p. 693. — **Bibliographie** : A la mémoire d'Henry Alexandre Pilliet, 1861-1898. — **Revue de la presse étrangère** : Valeur du signe costal dans l'entéroptose et la dyspepsie nerveuse, p. 694. — **Académie de médecine** : *Séance du 31 octobre 1899. — Présidence de M. Panas.* — Sur les préparations cacodyliques. p. 694. — Rapport, p. 695. — Extraction des projectiles intra-crâniens déterminés par l'appareil de Contremoulins, p. 695. — La vaccination pendant les chaleurs, p. 695. — Chorée préparalytique, p. 695. — Trois observations d'accidents nerveux au cours du petit brightisme. p. 695. — **Société médicale des hôpitaux :** *Séance du 27 octobre 1899. — Présidence de M. Raymond.* — Paralysie générale et syphilis, p. 695. — Arthropathie scapulo-humérale, p. 696. — Tubercule de l'artère pulmonaire, p. 696. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 26 octobre 1899. — Présidence de M. Jullien*, p. 696. — **Association française de chirurgie** (XIIIe Congrès de chirurgie, 1899) (*Suite et fin*). p. 697. — Trépanation chez un épileptique de vingt-trois ans, p. 697. — Extraction d'une balle ayant séjourné trois ans et sept mois dans le cerveau, p. 697. — Sur le curettage de la caisse et l'ablation des osselets par la voie antrale dans les suppurations chroniques de l'attique, p. 697. — Sur la cure radicale de l'obstruction nasale, p. 698. — Ostéomes des fosses nasales, p. 698. — Traitement d'un vaste angiome de la joue et de la région parotidienne, p. 698. — Trachéotomie dans les interventions bucco-pharyngiennes, p. 698. — Un caractère anatomo-pathologique propre à la maladie kystique du sein, p. 698. — Traitement chirurgical des eciasies gastriques, p. 698. — **Association française d'urologie** (Quatrième session, octobre 1899. — *Première séance. — Présidence de M. Guyon.* — Des hématuries essentielles, p. 699. — Hématuries de la grossesse, p. 700. — Hématuries essentielles, p. 700. — De l'influence de la rétention rénale sur les néphrorrhagies, p. 701. — Des hématuries dites essentielles et d'origine lithiasique rénale, p. 702. — Hématuries prémonitoires de certaines affections rénales, p. 702. — Hématurie hémophilique, p. 703. — De l'hématurie au cours du rein mobile, p. 703. — Des hématuries chez les goutteux, p. 703. — **Nouvelles**, p. 703.

MALADIES VÉNÉRIENNES

Prophylaxie des maladies vénériennes,

Par le Dr F. Buret.

Dans la dernière séance, notre excellent président, M. le Dr Jullien, nous a lu son intéressante communication au Congrès de Bruxelles, *Les vénériennes à Saint-Lazare*, et nous a fait suivre son exposé de considérations dont vous avez tous saisi l'importance. Des statistiques fort suggestives de M. Jullien, il ressort que les prostituées de 17 à 20 ans sont les plus dangereuses pour la santé publique et que c'est l'âge de 18 ans qui tient le record de la syphilis.

Notre éminent confrère propose donc — et ce sont les conclusions du Congrès — de reculer jusqu'à 21 ans l'âge auquel la femme pourrait se livrer librement à la prostitution. Ce vœu, fort séduisant en théorie, ne donnerait pas, en pratique — je le crains, du moins — les résultats qu'il semble promettre à première vue. Ce ne serait qu'un trompe-l'œil, et vous allez comprendre pourquoi.

Le maximum de fréquence de la syphilis, chez la femme, est autour de 18 ans, parce que celle-ci a commencé sa vie sexuelle vers 16 ou 17 ans et que la syphilis atteint généralement la femme dans les six ou douze premiers mois de la vie déréglée. Entravez sa liberté sexuelle jusqu'à 21 ans, âge de la majorité civile, et le maximum de fréquence de la syphilis sera transporté à 22 ans. Vous aurez reculé la date, mais vous n'aurez pas supprimé la contagion ; et, si pendant ce laps de temps quelques-unes renoncent au métier, il s'en formera d'autres, ce qui reviendra au même.

Alors, me direz-vous, il ne reste plus qu'une ressource : interdire la prostitution. On y a songé, mais je ne pense pas qu'une telle proposition puisse supporter longtemps un examen sérieux. En effet, se dresse aussitôt ce gros problème : par quoi la remplacera-t-on? Par le mariage, diront les moralistes. « D'accord, vous répondra le jeune homme sans situation et sans fortune ; je me sens toutes les qualités désirables pour être bon époux et bon père de famille, mais je suis étudiant ou employé de commerce ; je coûte pour mes études ou je gagne à peine de quoi vivre tout seul, comment voulez-vous que je nourrisse une femme et des enfants? Vous qui avez une fille bien dotée, me la donneriez-vous dans ces conditions? Non, n'est-ce pas, vous m'inviteriez à repasser quand ma situation serait éclaircie. Tout le monde n'a pas les aptitudes négatives exigées pour se faire chartreux ; mon système nerveux étant très bien équilibré et ma santé parfaite, j'ai une égale répulsion pour la chasteté et les pratiques solitaires qui ne répondent en rien au but de la nature. Je réclame le droit au coït. Vous voulez supprimer les femmes libres : alors veillez bien sur les autres et ne vous plaignez pas si votre surveillance se trouve mise en défaut à un moment donné ». Ces choses-là, tout le monde les pense : pourquoi n'aurait-on pas le courage de les dire?

On est généralement d'accord, aujourd'hui, sur la nécessité de la prostitution, triste, si vous voulez, mais soupape de sûreté. Toutefois, comme elle présente des dangers indéniables, le devoir de la société est de restreindre le péril dans la mesure du possible. Je m'empresse de déclarer, pour rassurer les consciences, que je suis partisan des mesures prophylactiques, mais intelligemment comprises et exécutées ; par contre, je repousse d'une façon absolue toute ingérance de la police dans ces mesures d'hygiène qui ne devraient pas sortir du cadre médical. Pour tout dire, en un mot,

(1) Communication à la Société de médecine de Paris.

je réclame énergiquement la suppression — en ce qui concerne les femmes — de la police des mœurs et de la mise en carte.

Comme cette proposition exige quelque développement, je vous demanderai la permission de vous lire quelques lignes de l'avant-propos d'un ouvrage publié en 1894 (1) : ce sera du nouveau pour la plupart d'entre vous et je n'ai que peu de chose à ajouter à ce que je disais à cette époque :

« Nous n'avons pas hésité à faire le procès des moyens coercitifs actuels, persuadé que nous sommes de leur inutilité, de leur immoralité et de leur injustice. Ils sont inutiles parce qu'ils manquent leur but et n'atteignent même pas les contagieuses dans la proportion d'une pour 100.

« Ils sont immoraux parce que cette chasse est faite en général par des déclassés et n'a le plus souvent d'effet réel que contre les malheureuses incapables de racheter leur liberté séance tenante et en espèces. Ils sont immoraux encore parce que d'honnêtes mères de famille sont trop souvent victimes des méprises et de la brutalité de sbires inintelligents pour la plupart.

« En outre ces procédés sont injustes parce qu'ils ne s'appliquent et ne pourront jamais s'appliquer qu'à un nombre très restreint de prostituées. Car la prostitution est comme la spirale : on ne peut dire où elle commence ni où elle finit. L'assoiffée de sensations génésiques n'est qu'une exception ; la nymphomane rentre dans le cadre des cas pathologiques, tandis que la plupart des *professionnelles* ne cherchent autre chose que des moyens d'existence d'abord, de luxe ensuite. Encore, chez ces dernières, ce genre de vie n'est-il le plus souvent que provisoire : bien peu fournissent une carrière complète.

« Ne doit-on pas compter aussi, parmi les prostituées, ces ouvrières qui complètent leur journée avec le trafic de leur personne et sèment d'autant plus la contagion qu'elles sont plus ignorantes sur cette matière? Dans quelle catégorie rangerez-vous ces femmes mariées qui se font *aider* pour leurs toilettes, avec ou sans complicité du mari? On en trouve depuis le bas jusqu'en haut de l'échelle sociale, depuis la femme de l'employé jusqu'aux comtesses et marquises, et celles-là n'ont même pas l'excuse d'avoir eu faim! Qu'on se vende pour cent sous ou pour une note de vingt mille francs payée chez la couturière, le fait est le même ; il n'y a pas de grâce d'état qui puisse effacer le mot *prostitution* de l'alcôve où il a été pris livraison de la marchandise. Le nom de la marchande d'amour fut-il inscrit à l'armorial, il n'en aurait pas moins été traîné dans la boue ! »

La surveillance administrative ne s'exerce donc que sur les professionnelles et encore n'est-ce que dans des proportions bien illusoires. En 1890, sur 4.000 femmes inscrites, 2.000 seulement venaient à la visite du Dispensaire ; je ne sache pas que les choses aient beaucoup changé depuis. Les autres, les clandestines, échappent toutes ou presque toutes au contrôle. Et ce sont précisément ces clandestines qui sont le plus dangereuses. Vous me direz que le nombre des contagieuses retirées de la circulation, si petit soit-il, est déjà appréciable et prouve l'utilité de la chasse policière. Dangereuse illusion ! Prenons des chiffres. La prison de Saint-Lazare détient couramment de 150 à 200 femmes contaminées ; je vous accorde 200, c'est le maximum ; qui donc osera affirmer que c'est là tout le bilan des contagieuses dans une ville telle que Paris? Sur cent mille femmes se livrant plus ou moins ouvertement à la prostitution, j'ai déjà avancé antérieurement le chiffre de *cinq mille* vénériennes capables de transmettre un contage : aujourd'hui, moins que jamais, je ne crois avoir exagéré. Eh bien, comment se comportent, à votre idée, les 4.800 qui ne sont pas internées à Saint-Lazare? Croyez-vous, en admettant qu'elles veuillent ou puissent se soigner chez elles, qu'elles s'abstiennent de tout rapport sexuel? Malheureusement non. Le petit nombre se réfugie dans les hôpitaux où les places, pour ce genre d'affections, sont très limitées ; certaines vont à l'hôpital Broca, en désespoir de cause. Le reste, c'est-à-dire la majorité, 3 000 et plus, peut-être, dissimulent leur cas, se soignent mal ou pas du tout, et, comme il faut vivre, répandent la contagion. Et tout cela, par crainte de la police.

En effet, que voulez-vous que fasse la malheureuse fille ignorante, atteinte d'une maladie vénérienne. Elle n'a pas de ressources et n'est pas admise dans les hôpitaux ordinaires si elle n'est pas recommandée. Certains chefs de service, à l'esprit large, les acceptent toujours, mais c'est la minorité ; l'hôpital Broca leur inspire une certaine suspicion. Quant à Saint-Lazare, c'est la sainte horreur. Pourquoi? parce que cet établissement est une prison, sous la dépendance de la police ; qu'on y est fort mal nourri — je ne crains pas que M. Jullien me contredise sur ce point — et qu'elles y sont traitées, au point de vue administratif, en coupables et non en malades. Et puis le séjour à Saint-Lazare est une étape vers la mise en carte, cette Roche Tarpéienne des prostituées. C'est comme un brevet d'infamie qui les fait tomber au dernier rang de l'échelle galante ; la fille en carte est reléguée au trottoir et devient fatalement la proie du souteneur. En outre, elle est la chose des agents des mœurs qui s'en font, comme l'a dit en 1888, le professeur Le Fort, à l'Académie de médecine, les souteneurs officiels. Il lui faut ou les payer ou être aimables avec eux ; souvent même ils invitent leurs amis ; à ce prix, elles sont relativement tranquilles. Mais gare aux clandestines qui n'ont pas de raisons pour subir ces compromis. On les arrête sous n'importe quel prétexte ; l'agent veut prouver qu'il fait son service : dissimulant sa profession, il adresse aux passantes des propositions galantes, et

(1) Dr F. Buret. *Le « gros mal » du moyen âge et la syphilis actuelle ;* Paris 1894.

que ces propositions soient agréées ou repoussées, il arrête la malheureuse, sous prétexte de racolage.

Ceci est tout simplement infâme! Je le déclare hautement : les procédés actuellement en vigueur sont ignobles et n'ont même pas l'excuse de répondre au but qu'on se propose. Il est donc grand temps d'inaugurer autre chose, et c'est ce que nous allons, si vous le voulez bien, examiner ensemble.

Comme je n'ai que peu de chose à ajouter aux propositions que j'avais déjà énoncées en 1894, je vous citerai encore quelques passages de mon travail de cette époque en reprenant l'historique de la question. Comme vous le savez, la prophylaxie des maladies vénériennes a ému les hygiénistes à des époques fort reculées.

« Dès les temps les plus anciens, on s'occupa de mettre un frein à la débauche et l'on prit des précautions pour en limiter les conséquences, souvent terribles. Dans notre étude sur l'antiquité, nous avons vu que Moïse était le premier législateur connu qui se fût occupé des maladies vénériennes. Les moyens qu'il conseille contre l'extension de la blennorrhagie n'auraient pas été désavoués par Ricord ; toutefois il fut bien radical au moment de la plaie de Baal Péor. Faire égorger 24,000 hommes — sans compter les femmes — pour essayer d'arrêter une contagion vénérienne, est un procédé par trop sauvage. Et dire que cela n'a pas suffi !

« Mille ans plus tard (594 av. J.-C.), Solon, dans le but de restreindre la prostitution, fonde les premiers lupanars (*dictérions*). En 535 apr. J.-C., sous l'empereur Constantin la débauche est punie légalement ; puis, pendant près de dix siècles, l'Europe se couvre de ces établissements, dits *léprosries*, où sont entassés presque sans pain, et surtout sans soins, tous les malades affectés de maladies de la peau ou des organes de la génération. En 1162, à Londres, on pourchasse les prostituées clandestines et l'on condamne à 100 shillings d'amende ceux qui leur donnent asile. A cette même époque, il y avait, dans le Southwark, des hôpitaux spéciaux où l'on soignait les vénériennes. En 1302, le Sénat de Venise condamne à 20 sous d'amende tout individu convaincu d'avoir communiqué le mal vénérien appelé alors *vermocane*.

« Arrive l'épidémie de Naples. Les vénériens sont tout d'abord contraints de quitter Paris sous peine d'être pendus ou jetés à la Seine. Puis ce sont les étrangers seulement qui doivent partir, et on leur donne une indemnité de route de quatre sols. Bientôt les malades de la ville sont internés à Bicêtre où on les soigne par le jeûne et les fustigations : cet état de choses dure jusqu'en 1787.

« En Orient, on bâtonna les vénériens jusqu'en 1833 : Namich-Pacha seul a pu faire cesser cette mesure cruelle et absurde. Nous n'en finirions pas s'il nous fallait relater tout ce que ces malheureux, victimes de l'ignorance, eurent à souffrir dans les différents points de l'Europe. Le fanatisme, qui n'est jamais en retard lorsqu'il s'agit de persécuter, se mit également de la partie : ce fut bientôt œuvre pie que d'accabler ces êtres infortunés dans lesquels on voit surtout des coupables. Allez donc demander à des gens tels que ceux qui faisaient alors profession d'outrager la nature sous prétexte de chasteté, la simple pitié qu'on doit à un malade, s'il est avéré que ce malade a obéi aux lois physiologiques ! Si le Créateur a pourvu l'être humain d'organes génitaux, ce n'est pourtant pas dans le but de réduire sa créature à l'état d'abstraction ! Mais il paraît que la logique n'habitait pas sous le froc, au moyen-âge.

« Aussi, sous prétexte que la syphilis était une juste punition (?) refusa-t-on aux malades, pendant des siècles, les soins et même la nourriture : ils avaient le *mal honteux !* Eh bien, en dépit des raisonnements spécieux d'une certaine secte, nous ne craindrons pas de demander qui est le plus méprisable, de l'enfant qui hérite de la syphilis de son père, de la nourrice ou de la mère qui la contractent par l'intermédiaire de l'enfant, même du pauvre jeune homme qui est contaminé au début de sa vie sexuelle, ou bien de ce vieillard honoré, paralytique et gâteux qui a usé sa moelle épinière dans les raffinements du vice contemporain ?

« Nous allons examiner maintenant les mesures actuellement en vigueur. On sait en quoi consiste, en France, l'action administrative concernant les prostituées. Il y a : 1° la visite bi-mensuelle des filles inscrites, c'est-à-dire des malheureuses du trottoir, toutes flanquées de l'inévitable souteneur, toujours voleur et souvent assassin ; 2° l'arrestation d'un certain nombre de noctambules, de temps à autre ; 3° l'internement des contagieuses à Saint-Lazare, et c'est tout. Le reste, c'est-à-dire les 99 centièmes du corps d'armée de Cythère, courent les bals, concerts, brasseries et cafés, et sèment la syphilis sur leur passage. Les trois quarts de ces dernières ont aussi leur souteneur, pris généralement dans les bas-fonds de la société, mais s'élevant d'un cran au-dessus du rôdeur de barrière. Ceux-là ne portent pas la casquette à pont classique, le bourgeron de toile bleue intact, sans aucune trace de travail, et la cravate de soie rose ou verte, signe de ralliement : non, ils s'habillent comme tout le monde et quelques-uns sont même fort bien mis. Ils ne sont assassins qu'accidentellement, le plus souvent pickpockets, et jouent dans les tripots où l'on dépouille les naïfs. D'autres se font bookmakers, sur la pelouse ; certains ont même un semblant de profession : employés amateurs, garçons coiffeurs intermittents, courtiers d'affaires malpropres, etc. Tout ce joli monde grouille dans les lieux publics et nargue les honnêtes gens sous les yeux de la police impuissante. Et cependant, comme nous les enverrions volontiers cuire à l'étouffée dans les fours en plein vent de Messieurs les Canaques ! Ajoutez à cela qu'ils ont tous la syphilis à un moment donné, et ne se font aucun scrupule de la transmettre pendant toute la durée des accidents.

« Voilà pourquoi l'emprisonnement des filles malades ne sera jamais qu'un leurre au point de vue de la prophylaxie tant que leurs mâles et, d'une façon générale, tous les hommes syphilitiques pourront circuler librement. Hâtons-nous de dire que le légiste ne peut prendre de mesures à ce propos sans attenter à la liberté individuelle. Pour éteindre la syphilis, il faudrait pouvoir interner *tous les syphilitiques* sans distinction d'âge, de sexe ou de position sociale. Or, énoncer cette proposition, c'est dire en même temps qu'elle est matériellement irréalisable. La conclusion s'impose : n'emprisonnez personne.

« Ce n'est pas à dire qu'on ne puisse prendre quelques précautions prophylactiques : tout dépend de la façon dont on compte les prendre. S'il est démontré que la violence ne donne pas de bons résultats, c'est-à-dire n'entrave pas la propagation des maladies vénériennes dans des proportions appréciables, il faut chercher autre chose, et demander à la bonne volonté ce que la force ne parvient pas à faire obtenir. C'est une simple question de chiffres : on doit donner la préférence au système capable de retirer de la circulation le plus grand nombre de contagieuses, sans chercher si la police des mœurs pourra ou non continuer ses exploits édifiants. »

« Qu'on ouvre donc largement les portes des hôpitaux, concluerons-nous avec M. le professeur Alfred Fournier, ou mieux encore, que l'on construise, dans les dépendances de chaque hôpital, de vastes baraquements *sans étiquette spéciale* où l'on soignera les vénériens. C'est ce que nous disions déjà en 1890 (1). Que les prostituées ne puissent sortir qu'*après guérison* de leurs accidents transmissibles et qu'on leur délivre alors un livret officiel constatant qu'elles sont saines. Toutefois il y aurait intérêt à ce que ce livret contînt, non pas leur nom et leur adresse — chose inutile — mais leur *photographie*, ainsi que cela se pratique dans certaines villes de l'étranger. Les filles publiques ne pourraient-elles pas aller, comme en Russie par exemple, se faire visiter, non pas au Dispensaire de salubrité, mais au domicile même ou à la clinique d'un médecin désigné pour chaque quartier? Là, pas de fourgons, pas d'agents des mœurs, pas de prison : un simple billet d'hôpital remplacerait des mesures absurdes, inutilement vexatoires et trop souvent inhumaines. Et elles iraient toutes seules à l'hôpital, soyez-en sûr : je n'en veux pour preuve que le nombre toujours croissant des malades syphilitiques qu'on refuse tous les jours dans les hôpitaux, quelquefois par principe — alors tant pis! — mais le plus souvent faute de place. L'action policière ayant toujours échoué partout, il est temps d'essayer l'action médicale. La persécution n'a jamais donné et ne donnera jamais rien de bon : faites donc de l'hygiène, mais faites-la intelligemment! »

(1) F. Buret. *Les mesures répressives à l'égard des vénériens. Autrefois, aujourd'hui*, Clermont, (Oise) 1890.

Mais, me direz-vous, avec votre système, vous oubliez les réfractaires : vous croyez que toutes les contagieuses viendront se faire soigner dans les hôpitaux par cela seul que vous aurez supprimé l'infirmerie de Saint-Lazare et la mise en carte? Je le crois si peu que j'ai prévu l'objection. Je sais très bien qu'un certain nombre de contagieuses continueront à se cacher; mais que m'importe si les bonnes volontés dépassent le nombre des 200 enfermées à Saint-Lazare. Car je ne puis me baser que sur les chiffres officiels et je trouve ce résultat piteux, étant donné la quantité de femmes contaminées et la chasse à courre des sbires administratifs qui les traquent de tous côtes. L'action médicale simple n'arriverait-elle qu'à en retirer la moitié de la circulation, soit 2,100, même 2.000, si vous voulez, le résultat serait encore fort beau.

Je constate avec plaisir, en lisant le compte rendu de la conférence internationale, que le Dr Fiaux est de mon avis en ce qui concerne la police des mœurs. Avec MM. Le Pileur et le professeur Wolf, de Strasbourg, je suis convaincu de l'utilité du maintien des maisons de tolérance, avec visites sanitaires, bien entendu. Cette même surveillance médicale serait très facile dans les maisons de rendez-vous plus nombreuses encore; on les connaît toutes : au lieu de fermer l'œil, ce qui équivaut à une autorisation, instituez des visites fréquentes. Ce sont autant de clandestines que vous aurez sous la main, puisqu'elles sont là de planton.

Quant aux autres, les isolées, je voudrais qu'on leur enlevât tout prétexte pour circuler malades. Avec le système du livret d'identité, de la consultation chez des médecins désignés par quartier et des hôpitaux largement ouverts, aucune femme ne pourrait transmettre une maladie vénérienne sans être responsable, et je voudrais aussi qu'un arrêté, ou au besoin une loi, assimilât ce fait à un délit. Il en serait de même pour tout homme convaincu d'avoir donné sciemment une maladie contagieuse. Au reste, ce système n'est pas nouveau : vous avez vu que le Sénat de Venise, en 1302, près de deux cents ans avant la découverte de l'Amérique, infligeait une amende à tout individu, homme ou femme, convaincu d'avoir transmis à autrui une affection vénérienne.

Car il faut être juste; et je ne vois pas pourquoi la femme seule serait toujours inquiétée pour un délit qu'elle n'est pas seule à commettre. Je dirai même plus: l'homme qui transmet sciemment une affection vénérienne à une fille saine, commet un véritable crime : lui n'a pas l'excuse de la faim, mauvaise conseillère; il n'écoute que sa passion. Ce cynisme devrait être puni très sévèrement : il est l'analogue du viol, dans une certaine mesure. Le coït non consenti souille la femme et peut la rendre mère; le contage vénérien l'empoisonne, elle et sa race : c'est le viol de la santé. Il est vrai que, dans la vie sociale, une syphilis est moins visible qu'un enfant, et que, pour certaines consciences, tout est là.

Je ne dis pas que les enquêtes, dans cet ordre d'idée, seraient bien faciles ; mais il y aurait au moins une crainte salutaire et c'est souvent le commencement de la sagesse. J'estime que ce sujet peut être mis à l'étude et je vous proposerai les conclusions suivantes :

1° Suppression de la mise en carte remplacée par le livret d'identité avec photographie de la titulaire se livrant ouvertement à la prostitution ;

2° Nomination de médecins spéciaux, par quartiers, au domicile desquels (clinique ou local spécial sans police) les femmes pourraient se faire visiter gratuitement sur la présentation du livret ; elles auraient tout intérêt à se présenter fréquemment à la visite *particulière* pour faire mettre à jour ce livret qui constituerait alors une garantie et une sauvegarde, aussi bien pour elles que pour leurs clients ;

3° Amende, dommages-intérêts ou même prison, selon les cas, pour tout individu, homme ou femme, convaincu d'avoir transmis sciemment une maladie vénérienne ;

4° Action de la police limitée aux arrestations des personnes désignées comme coupables du délit ci-dessus.

Il est évident, Messieurs, que tous ces points demandent à être approfondis : je les indique plutôt comme éléments de discussion que comme mesures définitives. La question en elle-même est d'un intérêt trop palpitant, pour que la Société de médecine de Paris n'éprouve pas le besoin de l'examiner et d'émettre son avis. Je serais donc très heureux si ceux de mes collègues, pour lesquels le sujet est familier, voulaient bien prendre la parole et nous éclairer de leurs lumières. Le système coercitif actuel, vestige des époques barbares, a fait son temps ; des réformes s'imposent, et ce sont ces réformes que je vous proposerai d'étudier.

CLINIQUE MÉDICALE

Un cas curieux d'hydrargyrisme

Par le Dr Millée.

Depuis plusieurs années, je soigne pour des iritis à rechute M. X..., rue des Arquebusiers. Il ne s'agit pas, dans cette observation, de savoir quelle est « exactement » la nature de ces iritis ni dans quelles conditions elles paraissent plus facilement se reproduire. Ce qu'il importe de connaître, c'est le traitement suivi plus particulièrement au moment où se sont manifestés les accidents qu'il m'a paru intéressant de vous communiquer.

Or, après un état de santé relatif, de plus d'une année, pendant lequel mon malade ne suivit aucun traitement, celui-ci vint me trouver le 6 avril 1898, pour une poussée des plus intenses d'iritis d'un seul œil. Je le mis au traitement que j'emploie le plus souvent et qui, à plusieurs reprises, l'avait rapidement guéri.

Il s'agissait du traitement classique par les frictions mercurielles, successivement faites aux avant-bras, dans le creux de l'aisselle ou au creux poplité, et à la face interne des cuisses, à la dose quotidienne de 3 grammes d'onguent hydrargyrique double.

Le 6 avril, c'est-à-dire environ trois semaines après, la femme de mon malade, qui couchait avec lui, mais ne lui faisait pas ses frictions, fut prise de « stomatite » d'une certaine violence avec tous ses symptômes. M. X..., garçon intelligent et instruit, dont les occupations touchent d'assez près les choses de la médecine, fit le diagnostic et soigna sa femme comme lui-même avait été soigné une fois antérieurement pour la même complication, de telle sorte que je ne fus averti de l'incident qu'après guérison de la malade. L'affection avait duré une huitaine de jours.

Je ferai observer que le mari avait été atteint ; lui aussi, d'une « stomatite » très légère, sans salivation et qui aurait pu passer inaperçue chez une autre malade non prévenu et moins observateur.

Lorsque j'eus l'idée de vous présenter cette observation, j'ignorais que la « stomatite » du mari, bien que légère, avait précédé celle assez intense de la femme, et je me proposais de demander à nos éminents collègues de la Société de médecine de Paris leur avis sur les causes de la production chez la femme d'une affection évidemment produite par le traitement que suivait le mari, et je pensais qu'il serait intéressant de discuter sur cette question. Mais à la suite d'une conversation avec notre distingué Président, celui-ci me fit lire un article de notre savant confrère, le Dr Diday qui avait pour titre « Contagion de la stomatite mercurielle ». Et c'est afin de vérifier si mon cas ne se rapprochait pas bien plutôt de celui du Dr Diday que je dus attendre un peu pour m'informer auprès de mon malade des conditions précises dans lesquelles la stomatite de sa femme avait pu se produire.

La confirmation qu'il me donna, qu'il avait eu primitivement lui aussi une stomatite, *bien que légère*, quelques jours avant sa femme, enlèvera peut-être un certain intérêt à cette communication, car il me paraît assez logique de rapprocher ce cas de « contagion » de celui de Diday, mais il m'a paru non moins intéressant de vous signaler cette observation sous son double aspect, et de vous demander si vous ne croyez pas, comme je l'avais pensé tout d'abord, que la stomatite a pu se produire chez la femme, parce que celle-ci a pour ainsi dire, « participé malgré elle » au traitement du mari, ou bien si vous pensez comme Diday, et comme je le fais aussi, qu'il s'agit plutôt d'un cas de « contagion de stomatite mercurielle ».

BIBLIOGRAPHIE

A la mémoire d'Henry Alexandre Pilliet, 1861-1898

Une main pieuse vient de réunir en brochure les dis-

cours prononcés l'an dernier sur la tombe de Pilliet, les articles nécrologiques qui lui ont été consacrés et la liste de ses œuvres. Pilliet, ancien interne des hôpitaux de Paris, préparateur d'histologie zoologique à l'Ecole des Hautes-Etudes, préparateur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité, conservateur du musée Dupuytren, Pilliet était un histologiste habile, un savant réel et sa perte est d'autant plus regrettable qu'il avait déjà donné la mesure d'un talent plein de promesses. Pilliet est mort à 37 ans, le 30 octobre dernier. Sa veuve, qui est l'un de nos plus sympathiques et de nos plus distingués confrères, et je voudrais bien que l'on écartât de ce mot « distingué » le sens banal qu'on lui donne si souvent, sa veuve a pensé que la vulgaire messe de bout de l'an que l'on octroie aux morts ordinaires serait avantageusement remplacée par un opuscule destiné à faire sentir l'étendue de la perte qu'elle avait faite. Les sentiments élevés dont témoigne cette brochure constituent le plus bel éloge à la fois de Pilliet et de celle qui le pleure si dignement.

A. Ch.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Valeur du signe costal dans l'entéroptose et la dyspepsie nerveuse, par Stiller. (*Pester.med. chirur. Presse*, 34, 35, 36, 99. Sous le nom d'entéroptose, Stiller comprend la chute de l'estomac, du colon transverse, des intestins grêles, des deux reins, rarement du foie et de la rate, à la suite du relachement des replis péritonéaux qui fixent ces organes. D'après d'autres auteurs les déplacements de l'utérus complètent le tableau de l'atonie abdominale. Ces ptoses viscérales sont plus ou moins marquées sur chacun des organes. Elles se développent insidieusement presque toujours pendant la jeunesse, rarement dans l'enfance, plus rarement dans l'âge mur.

Elles tiennent à une disposition congénitale, probablement héréditaire, qui implique toujours une faiblesse du système nerveux central et digestif qui se traduit aussi par la mobilité anomale de la dixième côte. Cette mobilité de la dixième côte tient à l'absence sur une étendue plus ou moins grande du cartilage costal qui fixe l'extrémité de la côte normalement. Le degré de la mobilité permet de juger du degré de la neurasthénie dyspeptique et des ptoses viscérales qui l'accompagnent. Dans les cas extrêmes la neuvième côte est également mobile. L'existence de cette mobilité des dernières côtes chez un enfant en fera plus tard un neurasthénique dyspeptique ou entéroptosique.

Même dans les cas rares où le signe costal existe sans entéroptose, il existe toujours une dyspepsie plus ou moins avérée. Des causes accidentelles relativement légères, comme un catarrhe gastro-intestinal aigu, l'existence du tœnia, un surmenage amènent rapidement un état de dépression nerveuse, parfois même une perte de poids de 20 à 30 kil. L'existence du signe costal permet d'interpréter ces cas.

Pour Stiller, la très grande majorité des cas considérés jusqu'à présent comme appartenant à la dyspepsie nerveuse se trouve caractérisée par le signe costal et l'entéroptose. L'entéroptose et la dyspepsie nerveuse sont identiques, à cela près que dans très peu de cas de cette dernière on ne constate pas d'entéroptose. Les troubles dyspeptiques ne dépendent pas du déplacement des viscères, mais de la neurasthénie dyspeptique congénitale. Il est probable que la mobilité, la sécrétion et l'absorption de l'estomac sont intéressés. L'atonie stomacale est le signe le plus précoce et souvent le seul signe de la dyspepsie nerveuse et conduit à la forme la plus fréquente de la dilatation stomacale, la forme atonique. Les troubles nerveux ne sont d'ailleurs pas limités à l'estomac, l'atonie gagne l'intestin, produit la constipation habituelle qui tient souvent à l'entéroptose. Si l'entéroptose est plus fréquente chez les femmes, il faut tenir compte chez elle du port du corset, des accouchements. Le signe costal se trouve parfois chez les phtisiques, les chlorotiques et les hystériques, et les malades sont alors atteints de neurasthénie dyspeptique et présentent les signes de l'entéroptose. L'entéroptose est une maladie constitutionnelle, parfaitement circonscrite, souvent héréditaire, très variable dans ses formes et dans son intensité et qui se reconnaît facilement lorsqu'on recherche le signe de la mobilité et de l'absence du cartilage de la dixième, parfois aussi de la neuvième côte.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 octobre 1899. — *Présidence de* M. Panas.

Sur les préparations cacodyliques. — M. Arm. Gautier fait une communication sur les préparations cacodyliques, leur mode d'administration et leurs caractères de pureté. En règle générale l'acide cacodylique doit être prescrit à l'état de cacodylate neutre de soude ou de chaux employé pur et en injections hypodermiques à des doses pouvant varier de 0 gr. 05 à 0 gr. 15 d'acide cacodylique par jour. C'est le seul mode d'administration qui laisse à cet agent sa pleine efficacité et qui fasse disparaître tous les inconvénients de la méthode arsénicale ordinaire. A cette dose et par la voie hypodermique, on ne remarque presque jamais que l'haleine et les sueurs du malade prennent l'odeur alliacée, ni que l'estomac se fatigue ou que des troubles intestinaux se déclarent; au contraire, lorsqu'on donne le médicament par la bouche ou en injections rectales, l'intolérance se fait sentir au bout de quelques jours ; le malade est pris de pesanteur, de crampes à l'épigastre, quelquefois de désordres intestinaux; il est poursuivi par cette odeur d'ail qu'exhalent son haleine, sa peau, toute sa personne, et qui persiste alors même que le médicament est abandonné depuis quelques jours. Enfin, même quand les reins sont complètement

sains, l'ingestion prolongée d'acide cacodylique peut amener une albuminurie plus ou moins persistante, ce qu'on n'observe pas avec les injections.

M. Gautier donne les caractères qui permettent de reconnaître le cacodylate de soude pur. Il formule ainsi la solution à injecter.

Cacodylate de soude pur... 6 gr. 4
Alcool phéniqué..... X gouttes
Eau distillée..... 100 grammes

Porter un instant à l'ébullition, rétablir les 100 centimètres cubes et verser dans un flacon stérilisé.

Chaque centimètre cube de cette solution répond à 5 centigrammes d'acide cacodylique pur, c'est-à-dire à la dose moyenne à injecter chez l'adulte, dose qu'on peut en général doubler sans inconvénient, pourvu qu'on laisse le malade se reposer tous les huit à dix jours, durant une période de même durée.

Rapport. — M. Bourquelot lit le rapport sur le prix Nativelle.

M. Fernet lit le rapport sur les épidémies signalées en 1898.

M. Ribemont-Dessaignes lit le rapport sur les travaux envoyés pour le prix Capuron.

Extraction des projectiles intra-crâniens déterminés par l'appareil de Contremoulins. — M. Tuffier rapporte les observations de trois malades atteints de balles dans le cerveau et chez lesquels l'appareil de Contremoulins permit de déterminer nettement la place du projectile qu'on ne pouvait déceler par aucun autre phénomène.

La vaccination pendant les chaleurs. — M. Hervieux répond à la proposition faite par M. Loir, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, et communiquée à l'Académie par M. Brouardel, de s'abstenir des vaccinations dans les pays chauds, pendant les mois de juin à novembre. M. Hervieux déclare que cette abstention ouvrira la porte toute grande à la variole et à la variolisation. Il cite plusieurs cas, dans lesquels de nombreuses vaccinations ont pu être pratiquées, pendant les grandes chaleurs, avec un plein succès. Il fait remarquer que, si dans notre pays, la variole peut sommeiller pendant de longues années, il n'en est pas de même dans les colonies, où elle est entretenue par la variolisation. Il n'admet pas que, pendant cinq longs mois de l'année, la vaccine et les vaccinateurs puissent être condamnés à un repos forcé. M. Hervieux conclut avec M. Bousquet qu'on peut vacciner à toutes les saisons de l'année, comme on peut vacciner à toutes les époques de la vie.

Chorée préparalytique. — M. Boinet (de Marseille) lit deux observations.

Trois observations d'accidents nerveux au cours du petit brightisme. — Le Dr Maurice de Fleury lit trois observations d'accidents nerveux du petit brightisme.

La première est celle d'un homme de 66 ans atteint de confusion mentale, d'hémiparésie droite et d'aphasie transitoire, sous l'influence de l'intoxication brightique. Guérison par le régime lacté; réapparition des symptômes presque aussitôt après l'abandon du régime lacté.

La deuxième observation est celle d'une Américaine, également atteinte de formes frustes du mal de Bright qui a eu des scrupules, de la mélancolie et même du délire des persécutions, le tout coïncidant avec un peu d'albuminurie, et un faible degré de toxicité urinaire. Régime lacté; augmentation de la toxicité urinaire, grande amélioration complétée par l'emploi de la pilocarpine. Rechute coïncidant avec un changement de régime.

La dernière observation est celle d'un homme atteint du petit mal épileptique. Le bromure à la dose de 8 grammes par jour n'a pas de prise sur ses crises, dont le régime lacté intégral amène la disparition à peu près complète. L'auteur montre un graphique représentant les modifications sous l'influence du régime lacté, de la tension artérielle, de la force dynamométrique, du nombre de pulsations, du nombre des crises, de la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures et de la dose d'albumine.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des rapports lus en séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 octobre 1899. — Présidence de M. Raymond.

Paralysie générale et syphilis. — M. Sérieux, recherchant avec soin les antécédents syphilitiques des paralytiques généraux dans un service de malades payants, où les renseignements sur le passé sont obtenus plus facilement qu'à l'hôpital, est arrivé aux résultats suivants (42 malades soigneusement observés) : syphilis *certaine* : 50 0/0 des cas; certaine ou probable 70 0/0. La syphilis était le seul facteur à incriminer dans 31 0/0 des cas : il s'est écoulé en moyenne 14 ans entre l'infection et l'internement, qui donne 10 à 12 ans comme durée habituelle de l'incubation. L'âge moyen de la séquestration est quarante ans.

La syphilis paraît donc être un facteur de la plus haute importance dans le développement de la paralysie générale ; mais la fréquence de l'hérédité névropathique ou vésanique chez ces malades montre que la dégénérescence mentale est un terrain favorable, peut-être même nécessaire, à l'éclosion de la méningo-encéphalite. D'ailleurs, la syphilis ne paraît pas avoir une action spécifique; d'autres infections ou intoxications peuvent la remplacer : si bien que la dénomination de parasyphilitique devrait être remplacée par celle de paratoxique.

M. Joffroy. La question du rôle étiologique de la syphilis se pose pour le tabes comme pour la paralysie générale, de la même manière et dans les mêmes termes : elle n'a pas un simple intérêt dogmatique. La solution est importante au point de vue pratique, puisqu'il en découle des règles précises de traitement.

Le rôle étiologique de la syphilis dans le tabes et dans la paralysie générale est incontestable; faut-il conclure de là que le tabes et la paralysie générale sont des maladies de nature syphilitique que l'on doit traiter comme de la syphilis. Je ne le crois pas; la syphilis favorise l'éclosion de ces affections rien de plus ; elle est un bon engrais pour leur développement; elle n'est que cela ; elle n'en constitue pas la cause première.

La statistique suffit à le prouver, car en y apportant tout le soin voulu on trouve de temps en temps des paralytiques généraux ou des tabétiques qui ne sont pas syphilitiques; ces malades sont rares, mais il existent, et cliniquement il est absolument impossible de les différencier d'avec les autres; c'est bien la même maladie avec ses symptômes, ses mêmes allures.

D'autre part, l'anatomie pathologique, qui suffit pour affirmer la nature syphilitique de certaines affections

gommes, artérites) ne révèle, chez les paralytiques généraux, que des inflammations chroniques banales, ne différant point des autres inflammations infectieuses ou toxiques; là encore on ne trouve aucune preuve de la nature syphilitique de la paralysie générale.

On rencontre enfin des paralytiques généraux porteurs d'accidents tertiaires, de gommes : or le traitemen tout puissant contre ces accidents n'a aucune prise sur la paralysie générale : au contraire, la marche de la maladie semble être plus rapide chez les paralytiques généraux traités activement par la médication spécifique.

J'ajouterai que le début de la paralysie générale peut se faire un an après le chancre ou inversement vingt-cinq, trente ans plus tard; voilà donc une maladie qui, si elle était de nature syphilitique, échapperait aux règles précises suivant lesquelles se fait l'apparition des accidents de la vérole.

En résumé, la paralysie génrale ne peut nullement être regardée comme étant de nature syphilitique ; la syphilis est une cause favorisante, rien de plus.

M. Du Castel. Nous sommes tous d'accord sur l'impuissance du traitement spécifique dans la paralysie générale.

Le point intéressant à résoudre est de savoir si la syphilis, *à elle seule*, peut conduire à la paralysie générale; je ne le crois pas, sauf exceptions très rares; de même que, au niveau de la langue, la syphilis ne produit de la glossite scléreuse que grâce à la coexistence de causes adjuvantes d'irritation chronique (tabac, etc.). de même la syphilis ne produit la paralysie générale vraisemblablement que si, à l'infection spécifique, se superpose une cause telle que l'alcoolisme, le surmenage. Aussi quand on soigne un syphilique faut-il le mettre en garde contre ces causes secondes, très importantes, d'aggravation de sa maladie; on peut, par l'hygiène préventive, garantir, jusqu'à un certain point, le syphilitique contre la paralysie générale ; c'est la fatigue du cerveau qui fait éclater la maladie.

M. Joffroy. — La question soulevée par M. Du Castel se tronve résolue par l'observation de la syphilis dans certains milieux ou précisément la syphilis agit toute seule, sans intervention des causes adjuvantes, de l'alcoolisme, du surmenage, des fatigues et des agitations de la vie civilisée ; chez les Arabes du désert, chez les Abyssins la syphilis existe très fréquente, et sans caractère particulier de bénignité; or, chez ces peuplades, le tabes et la paralysie générale manquent absolument ; ils s'observent au contraire chez les Arabes des villes. Donc la syphilis à elle seule ne suffit pas pour mener à la paralysie générale.

Un argument de probabilité est encore fourni dans ce sens par le nombre infime de syphilitiques qui deviennent paralytiques généraux ou tabétiques.

Sur une forme spéciale du purpura infectieux.—M. Boulloche. M. Guéniot a décrit, sous le nom de variété foudroyante du purpura infectieux, une modalité clinique fort rare, décrite à nouveau par Hénocque (purpura fulminant des jeunes sujets) et dont il existe peu d'observations dans la science : une des dernières est due à M. Ausset (Lille); c'est un purpura caractérisé par les éléments suivants : développement chez des sujets *très jeunes* (au-dessous de cinq ans), apparition *brutale* des symptômes, formation rapide de taches de *purpura*, d'ecchymoses parfois très confluentes et de phlyctènes séro-sanguinolentes, *absence d'hémorragie des muqueuses*, évolution très *rapide*, généralement *mortelle*. L'autopsie n'apprend rien de spécial et la bactériologie de ces états est mal connue.

M. Boulloche a pu suivre un cas de ce genre, le début a été foudroyant : fièvre intense, coma, cyanose, affolement du pouls, ecchymoses et purpura se montrent dès le premier jour ; sous l'influence de la balnéation froide, les accidents s'atténuèrent en quarante-huit heures et, contrairement à la règle, l'enfant guérit. La convalescence fut traversée par une poussée d'érythème noueux ; de plus, une des ecchymoses fut le point de départ d'une gangrène superficielle, avec eschare se détachant au bout de cinq semaines.

Arthropathie scapulo-humérale. — M. Barth présente un malade, âgé de trente et un an, porteur d'une énorme tuméfaction de l'épaule, qui s'est développée rapidement (en huit jours), sans douleur vive, sans fièvre marquée, et qui s'accompagne d'une gêne relativement minime de l'épaule ; l'articulation paraît distendue par du liquide et l'omoplate semble soulevée en masse par une collection située dans la bourse séreuse sous-scapulaire : il y a des craquements articulaires. En un mot, l'aspect clinique est absolument celui d'une arthropathie nerveuse de Charcot à la période initiale. Mais le malade n'est pas un tabétique et le seul stigmate nerveux qu'il présente est une légère anesthésie au niveau de l'épaule.

Tubercule de l'artère pulmonaire. — MM. Sabrazès et Brengues ont trouvé à l'autopsie d'une jeune fille de seize ans, morte de granulie, un tubercule gros comme un pois développé dans le cul-de-sac d'une valvule sigmoïde de l'artère pulmonaire et n'ayant donné lieu cliniquement qu'à des troubles fonctionnels vagues : douleur, dyspnée d'effort.

SOCIÉTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Séance du 28 octobre 1899. — Présdence de M. Jullien

La séance est ouverte à 4 h. 1/2. Les procès-verbaux des deux précédentes réunions sont lus et adoptés.

Correspondance imprimée. — *Index medicus novus* de Vienne ; revues et journaux habituels.

M. le Président nomme une commission pour le prix Duparcque, composé de MM. Moüzon, Brossard et Pellier.

M. Buret, à propos du travail de M. Jullien *Les vénériennes à Saint-Lazare*, fait une communication sur *La prophylaxie* des maladies vénériennes (V. ci-dessus, p 690).

M. Millée lit un travail intitulé : **Note sur un cas curieux d'hydrargyrisme.** (V. ci-dessus, p. 693).

M. Dubuc croit que la stomatite mercurielle doit être attribuée, dans ce cas, à l'absorption de vapeurs hydrargyriques par la muqueuse respiratoire.

M. Grasset croirait plus volontiers que le mercure aurait été déposé sur la peau de la femme par suite du contact prolongé avec celle de son mari ; il lui paraît peu vraisemblable que le mercure ait pu être absorbé par les bronches en quantité suffisante pour produire une stomatite.

M. Dubuc. Le mercure est très volatil et, de plus, il y a des susceptibilités individuelles ; dans les accouchements, par exemple, quelques injections de sublimé suffisent chez

certaines femmes pour déterminer des accidents mercuriels,

M. Jullien demande quel était l'état de la dentition de l'homme et de la femme observés par M. Millée. Il est probable qu'il laissait à désirer, et que c'est ce qui a provoqué de la stomatite.

M. Millée dit que la femme, qui est très jolie, était fort soigneuse de sa personne et de ses dents. Quant au mari il prenait les soins de la bouche usités en cas de traitement mercuriel.

M. Buret fait observer que les professeurs de l'Ecole Dentaire de Paris — où il va pour s'instruire — affirment qu'il n'y a jamais de stomatite mercurielle lorsque les gencives sont en bon état avant le début du traitement.

M. Millée partage entièrement cette opinion.

M. Antonelli croit cette affirmation trop absolue, et cite à ce propos un cas de sa pratique courante. Sur une objection de M. Buret, il répond que son malade n'avait pas de dents cariées.

M. Buret demande alors à M. Antonelli si son malade n'avait pas sur les dents ce dépôt de tartre si fréquent chez les arthritiques, et qui entretienent un état chronique d'érosion des gencives et déchausse légèrement les dents. Le dépôt étant plus ou moins abondant, il peut passer inaperçu pour les personnes non prévenues et irriter néanmoins le bord libre de la gencive d'une façon suffisante pour fournir une porte d'entrée à la stomatite.

M. Antonelli ne peut donner de renseignements suffisants sur ce point, en ce qui concerne son malade.

M. Jullien est d'avis que, dans les cas de ce genre, l'examen de la bouche doit être très minutieux et fait par un dentiste digne de ce nom. Lui-même ne procède jamais à la mercurialisation intensive d'un syphilitique sans faire examiner et soigner au besoin la bouche de son malade par un dentiste sérieux.

Au point de vue de l'interprétation de l'observation de M. Millée, il pense aussi que la stomatite doit résulter d'une absorption par la muqueuse pulmonaire.

Le mercure émet des vapeurs même à 0° ; il existe une méthode de traitement de la syphilis par des flanelles imprégnées de mercure.

M. Dubuc. Dans le cas en question, la volatilité du mercure a encore été augmentée par la chaleur du lit; il paraît bien certain que la pénétration s'est faite par les voies respiratoires.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Un des secrétaires annuels,
Dr Dhomont.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(XIIIe CONGRÈS DE CHIRURGIE, 1899).

Suite et fin.

Du redressement forcé dans le traitement des scolioses. — M. P. Redard expose la méthode de redressement forcé qu'il a adoptée depuis longtemps pour le traitement de certaines variétés de scolioses. Après une cure préparatoire destinée à assouplir le rachis, on redresse et on corrige par la force, en une seule séance, généralement sans anesthésie, les courbures scoliotiques et la gibbosité. Les courbures étant placées en contre-déviation, les attitudes vicieuses du tronc, du bassin et des épaules étant corrigées, on immobilise sous un appareil plâtré en ayant soin d'incliner et de fléchir le tronc du côté opposé à l'attitude vicieuse, dans le but de modifier favorablement les conditions statiques du scoliotique.

La durée du traitement est variable. Dans les cas graves, on doit corriger graduellement la difformité par des séances successives de redressement pratiquées tous les deux ou trois mois.

Le redressement forcé convient surtout aux scolioses rachitiques et aux scolioses graves de l'adolescence rebelles aux traitements orthopédiques habituels. Il convient aussi aux scolioses à évolution rapide, aux scolioses réductibles et moyennement rigides, aux scolioses caractérisées par des attitudes vicieuses du tronc.

Le traitement agit surtout sur l'élément attitude. Il donne d'excellents résultats dans les scolioses invétérées avec déformations notables.

M. P. Redard décrit en détail les appareils qui lui servent à exécuter le redressement forcé et à placer le tronc en bonne position avant l'immobilisation sous le plâtre. Il donne le résumé de ses observations et présente des photographies qui démontrent les redressements obtenus dans des cas de scolioses graves.

Trépanation chez un épileptique de vingt-trois ans. — M. Mondot (Oran). J'ai eu l'occasion d'intervenir chez un jeune homme qui, à l'âge de treize ans, avait fait une chute assez grave sur la tête. A la suite de cette chute il était resté, pendant à peu près un an, dans un état de santé satisfaisant. Puis survinrent des tremblements et des crises nerveuses, et enfin de véritables attaques d'épilepsie. Quand je vis le malade, il présentait sept à huit attaques par jour. Je pratiquai une trépanation au niveau de la cicatrice restant de la chute ancienne. Je trouvai la table osseuse extrêmement épaissie, j'enlevai, à la gouge, l'hypertrophie osseuse. A la suite de mon intervention la guérison fut définitive.

Extraction d'une balle ayant séjourné trois ans et sept mois dans le cerveau. — M. Mondot (Oran). Un homme de quarante ans me fut présenté pour des troubles mentaux et perte de la mémoire. Il me raconta que trois ou quatre ans auparavant il aurait reçu trois coups de revolver dans la tête et que toutes les balles n'ont pas pu être extraites. Je pratiquai une trépanation et, à une profondeur de 4 à 5 centimètres, je trouvai la balle, cause des accidents ; les suites furent simples et mon malade est resté complètement guéri.

Sur le curettage de la caisse et l'ablation des osselets par la voie antrale dans les suppurations chroniques de l'attique. — M. Malherbe (Paris). La voie antrale permet d'agir sans aucun inconvénient dans les otorrhées reconnaissant pour cause des suppurations de l'attique. C'est la voie de choix. Il est en effet impossible, par le conduit auditif externe, d'enlever toujours tous les points malades, car les lésions chroniques de l'attique sont très souvent accompagnées de lésions analogues de l'antre et de l'aditus. L'évidement pétro-mastoïdien constitue donc une intervention qui est assurée d'être complète, puisqu'aucun point malade ne peut échapper.

D'autre part, l'opération ainsi pratiquée avec toutes les

règles de l'asepsie et de l'antisepsie, n'est nullement plus grave que celle pratiquée par le conduit. Quant aux opérations de Staeke et autres, il faut les réserver pour les suppurations étendues à toute la caisse, avec lésions ayant envahi le mastoïde ou se compliquant de fistules osseuses, pour les cholestéatomes, etc. Elles ne sauraient s'appliquer aux lésions généralement assez limitées de l'attique. Outre les accidents toujours graves qu'elles peuvent entraîner, elles infligent aux patients des déformations épouvantables, par suite des vastes pertes de substance qu'elles provoquent, déformations qui sont vraiment loin d'être en rapport avec l'affection.

Au contraire, l'évidement pétro-mastoïdien ou atticotomie postérieure, par la conservation de la membrane tympanique, assure à la muqueuse de la caisse un appareil normal de protection contre les agents extérieurs. Il n'y a pas à craindre de poussées inflammatoires aiguës, comme cela a lieu à la suite de la myringodectomie ; il ne se produit jamais de suppurations consécutives à l'opération, et partant de fausses membranes immobilisant plus ou moins l'étrier.

La plupart du temps, les otorrhées chroniques d'origine attique reconnaissent pour point de départ la carie des osselets (tête du marteau et surtout enclume). La voie antrale permet non seulement de procéder au curettage de l'antre et de l'aditus, mais encore de nettoyer l'attique, d'enlever le marteau et l'enclume, ou simplement l'enclume, sans pour cela sacrifier le marteau ni la membrane tympanique.

La conservation du marteau, quand cet osselet est sain, a une certaine importance au point de vue acoustique.

Pour pratiquer l'ablation de l'enclume seule, il suffit de fixer par le conduit auditif (le pavillon de l'oreille étant rabattu) à l'aide d'un petit crochet mousse, le manche du marteau, pendant qu'avec un autre crochet coupant, introduit par la voie antrale, on détache l'enclume de son ligament supérieur, de ses connexions avec le marteau et l'étrier et qu'on l'attire au dehors.

Après nettoyage minutieux et cautérisation au chlorure de zinc, le drainage se fait par la voie antrale à l'aide de mèches stérilisées ou de tubes en celluloïde venant déboucher dans le conduit auditif externe.

La guérison se produit rapidement en douze ou quinze jours, sans laisser aucune trace difforme.

Il faut noter encore que l'évidement osseux ainsi pratiqué permet, ce qui n'est pas à négliger, d'améliorer l'audition

Sur la cure radicale de l'obstruction nasale. — M. Suarez de Mendoza (de Paris). Pour la cure radicale et rapide des obstructions nasales dépendantes des lésions ou malformations de la parti ostéo-cartilagineuse des fosses nasales, j'emploie systématiquement la scie tubulaire mue par le tour de Write ou mieux encore par le moteur électrique.

Ostéomes des fosses nasales. — M. Rivière (de Lyon) relate l'observation d'une malade soignée depuis six ans pour de l'ozène et chez qui furent extirpées six petites tumeurs osseuses du volume d'une noisette ou d'une petite noix. Ces tumeurs étaient situées sur le plancher des fosses nasales. L'ablation fut faite par les voies naturelles très supérieures, surtout chez les malades dont les fosses nasales sont pathologiquement élargies, aux voies artificielles. Il croit qu'on a beaucoup plus de jour en passant par les voies naturelles.

Traitement d'un vaste angiome de la joue et de la région parotidienne. — M. Morestin (Paris). Les grands angiomes de la face échappent à la médecine opératoire. L'électrolyse, les injections interstitielles peuvent donner de bons résultats, mais on doit faire une large place dans le traitement des tumeurs érectiles à la méthode sclérogène.

Partisan de cette méthode dans mon article du « Traité de chirurgie, » j'ai eu récemment l'occasion de l'appliquer avec succès chez un jeune homme de vingt et un ans, porteur d'un angiome considérable de la face et de la région parotidienne. J'essayai tout d'abord de remplir la tumeur et d'infiltrer toutes les parties avoisinantes avec une solution de gélatine, après ligature de la jugulaire externe, de la jugulaire interne et de la carotide externe. Le résultat fut nul. Je fis alors, à six reprises, des injections de chlorure de zinc, d'abord autour et à distance de la tumeur, puis en me rapprochant graduellement du centre. La tumeur s'est solidifiée, puis cette masse fibreuse s'est peu à peu résorbée et le malade paraît guéri. Aucune méthode n'aurait pu donner en trois mois et à si peu de frais une modification aussi favorable et aussi complète dans un cas pareil.

Trachéotomie dans les interventions bucco-pharyngiennes. — M. Delagenière (de Tours). Il m'a été donné d'appliquer sur des malades atteints de polypes naso-pharyngiens le procédé de Kocher, et j'ai commencé par pratiquer une trachéotomie, ce qui m'a facilité excessivement mes opérations et m'a permis dans un cas, de sauver la vie de mon malade qui aurait certainement succombé à une hémorragie si j'avais opéré sans trachéotomie. Ce procédé de trachéotomie préventive, faite d'une façon lente et progressive, chirurgicalement, empêche les réflexes, s'oppose à l'introduction du sang dans la trachée et prépare des suites opératoires excellentes.

Un caractère anatomo-pathologique propre à la maladie kystique du sein. — M. Dor (Lyon). Dans la lactation normale on assiste au développement de deux ordres de cellules : cellules épithéliales sécrétantes et cellules épithéliales de Boll ; dans la maladie kystique de Reclus les cellules sécrétantes seules se développent et donnent issue à une certaine quantité de colostrum ; dans la maladie de Phocas on voit survenir le développement seul des cellules épithéliales de Boll. Pour moi, ces deux maladies sont dues à des troubles de la lactation, à une entrée en sécrétion anormale de la glande, à une lactation pathologique.

La maladie de Reclus, à mon sens, n'est ni une cirrhose épithéliale, ni une mastite chronique, c'est une maladie spéciale, expression d'une lactation anormale provoquée elle-même par une irritation pathologique de l'utérus ou de ses annexes, métrites chroniques, ovarites, ou peut-être encore par une irritation des nerfs intercostaux.

Traitement chirurgical des ectasies gastriques, par le prof. Jonnesco (de Bucarest). — L'ectasie gastrique grave accompagnée de ptose de l'estomac et de gastrite chronique intense, est une affection complexe. Aussi les interventions chirurgicales proposées et exécutées jusqu'à ce jour, ne s'adressant pas à chacun des facteurs qui la constituent, sont restées souvent inefficaces. La *Gastropexie*

peut agir contre la ptose, mais elle est incapable d'agir sur les deux autres facteurs; la *Gastrorraphie* rétrécit l'estomac dilaté, sans agir sur la gastrite; il en est de même de ces deux interventions combinées (Hartmann). La *Gastro-entérostomie*, plus efficace pour modifier l'état de la muqueuse gastrique, et abolir les troubles dus à la sténose spasmodique du pylore, ne me paraît pas avoir une action puissante contre la dilatation et la ptose de l'organe. La seule intervention rationnelle est celle qui, tout en dérivant le cours du contenu gastrique par un pylore artificiel, rétrécit l'organe et le fixe dans sa position normale. C'est ce qui m'a déterminé à pratiquer cette opération complexe, combinant la gastro-entérostomie avec la gastrorraphie et la gastropexie.

Il s'agissait d'un homme de 30 ans, souffrant depuis trois ans de douleurs vives, sensation de brûlure à l'épigastre après toute ingestion d'aliments liquides ou solides, et qui devenaient insupportables 1 h. 1/2 à 2 heures après le repas. Pyrosis, constipation opiniâtre habituelle. Pas de vomissements. Traitement médical inefficace. Amaigrissement depuis quelque temps. Entré dans mon service le 17 mai 1899, il réclame une opération qui le soulage au moins de ses souffrances. L'estomac, animé de mouvements vermiculaires appréciables, est très distendu et disloqué; il s'étend sur une ligne oblique allant de l'entrecroisement de la ligne mammaire avec la 7e cote gauche jusqu'au-dessous de l'ombilic. Clapotement, bruits hydro-aériques.

Opération le 24 mai 1899. Laparotomie médiane susombilicale; résection de la ligne blanche. L'estomac, très dilaté et très abaissé, ne présente aucune lésion appréciable au niveau du pylore. *Gastrorraphie antérieure* : Neuf fils de catgut n° 0 sont faufilés de la grande à la petite courbure, sur toute l'étendue de la paroi antérieure du pylore au cardia. Les fils distants de 2 centimètres traversent la séreuse et la musculeuse, laissant la muqueuse libre. Une fois serrés et noués, ils approchent la grande de la petite courbure et font disparaître presque la totalité de la paroi gastrique antérieure. L'estomac, devenu presque cylindrique, est considérablement rétréci. Les chefs de ces fils sont conservés pour servir ultérieurement à la gastropexie. *Gastro-entérostomie transmésocólique postérieure* : Le mésocolon transverse est incisé, les lèvres de la plaie fixées à la paroi gastrique postérieure par quatre points cardinaux au catgut n° 0. Je pratique l'abouchement gastro-jéjunal latéral par trois surjets avec l'aiguille à coudre ordinaire armée du catgut n° 00, et de la façon suivante : surjet séro-séreux postérieur; incision de la séreuse et de la musculeuse respectant la muqueuse; surjet musculo-séreux postérieur; incision de la muqueuse, surjet muco-muqueux circulaire; continuation en avant du surjet séro-musculaire et du surjet séro-séreux. *Jéjuno-jéjunostomie latérale* pour empêcher l'écoulement de la bile dans l'estomac. La suture est faite comme dans le temps précédent. *Gastropexie* : les fils longs de la gastrorraphie ont été séparés à travers le péritoine pariétal et le tissu sous-jacent, au niveau de la face profonde des côtes à gauche. L'estomac ainsi fixé reprend sa place normale, le pylore immédiatement sous le foie. Suture de la plaie abdominale avec fils temporaires d'argent. Les *suites opératoires* ont été des plus simples, malgré une congestion pulmonaire passagère. Alimentation par voie rectale pendant trois jours; lait pendant quatre jours, et à partir du septième jour, alimentation normale. Digestion facile, plus de douleurs. L'état général s'améliore considérablement. Le 12 juillet, le malade quitte l'hôpital dans un parfait état. L'examen du contenu stomacal montre de l'hyperchlorhydrie avant l'opération; il devient absolument normal après l'opération. Pas de bile dans l'estomac.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

QUATRIÈME SESSION, OCTOBRE 1899

Première séance. — Présidence de M. *le professeur* GUYON.

Des hématuries essentielles. — MM. les Drs MALHERBE (Nantes) et LEGUEU (Paris), rapporteurs. — A côté des hématuries symptomatiques, relevant d'une cause bien établie, cancer, tuberculose, lithiase, on a décrit des hématuries essentielles, semblant indépendantes d'une lésion de l'appareil urinaire. Il faut, pour étudier cette question, ne se baser que sur les observations renfermant et l'histoire clinique et l'examen anatomique. Or on voit bientôt que dans presque tous les cas il y avait des lésions positives, et c'est seulement parce qu'elles paraissent minimes ou incapables de produire une hémorrhagie que l'hématurie était dite essentielle.

Dans une observation, il est fait mention de l'incrustation calcaire d'une pyramide.

D'autres fois, on a trouvé des lésions *tuberculeuses*, minimes. Ces faits constituent la forme hématurique de la tuberculose rénale.

Le plus grand nombre des observations concernent des *néphrites chroniques* (Pousson, Poirier, Potherat, Demons, de Kersmœcker). La sclérose rénale peut s'accompagner de poussées congestives assez intenses pour déterminer une hématurie, facilitée peut-être par la friabilité des vaisseaux de l'organe, et qui plus est, une hématurie susceptible de mettre en danger les jours du malade. L'hématurie peut paraître constituer la maladie tout entière. Le plus souvent la néphrite est unilatérale : la sécrétion urinaire reste normale, la quantité d'albumine est minime, et les signes du brightisme font défaut.

Fort de ces données, on est autorisé à reviser la classification de certaines observations souvent citées, Par exemple, Sabatier, en 1885, publiait comme une néphralgie hématurique, un cas de néphrite hématurique. Dans une autre observation d'hématurie que Senator qualifie d'hémophilique, il est fait mention « d'îlots profonds et limités de sclérose interstitielle ». Enfin, la sclérose rénale suffit encore à expliquer certaines hémorrhagies que l'on voit persister longtemps à la suite de contusions du rein. Le *rein mobile* explique encore la pathogénie d'hématuries considérées comme essentielles; le rein est mis à nu, il paraît intact, on le fixe, et l'hématurie disparaît. Plus curieuses encore sont les *hématuries de la grossesse*, signalées par M. Guyon. S'agit-il d'une congestion en quelque sorte physiologique? ou bien n'y a-t-il pas en même temps inflammation « interstitielle ou parenchymateuse » de l'organe?

Dans tous ces cas, il y a donc manifestement une lésion; cependant il n'en est pas toujours ainsi et dans les faits de Schede, Broca, Loumeau, etc., le rein examiné a paru

sain. On a alors pensé que l'on se trouvait en présence d'hématuries soit *hémophiliques*, soit *angionévrotiques*. Mais ces explications sont sujettes à caution. Il est étonnant de voir l'hémophilie dans ces cas ne donner des hémorrhagies qu'au niveau du rein. L'*angionévrose*, l'influence nerveuse agissant comme provocatrice de l'hématurie, est au premier abord assez plausible pour les cas où, en l'absence de lésions, il y avait coexistence de phénomènes douloureux sur le rein ou le trajet de l'uretère.

Cette hypothèse avait été admise autrefois par Legueu, Broca. Mais une explication plus légitime est celle d'une néphrite très peu apparente et il n'y a que deux cas où l'examen histologique ne l'ait pas révélée. Donc, à part quelques faits, dont l'explication est encore insuffisante, on peut dire qu'il n'y a pas d'hématurie essentielle : toutes les hématuries sont symptomatiques et relèvent d'une cause générale (toxique ou infectieuse) ou d'une affection rénale.

L'hématurie pseudo-essentielle est parfois trop minime et ne constitue aucun danger ; mais d'autres fois, elle est tellement abondante qu'elle menace la vie.

Le traitement *médical* n'est alors d'aucune efficacité.

Le traitement *chirurgical* devient nécessaire : des interventions très différentes ont été pratiquées. La néphrectomie, la néphrotomie, la nephropexie ont été appliquées avec succès : mais dans d'autres cas, des opérations plus simples, comme l'incision exploratrice lombaire, ont suffi pour guérir des hématuries qui duraient depuis longtemps.

La néphrectomie est radicale, et amène la guérison, si l'autre rein est intact. Cette condition est indispensable. et des opérés sont morts rapidement du fait même des lésions de l'autre rein. Mais alors même que l'autre rein serait intact, la néphrectomie cependant ne serait indiquée que s'il était prouvé qu'elle est la seule opération susceptible d'assurer la guérison. Il en est ainsi pour les néoplasmes, pour les tuberculoses au début ; mais pour les néphrites, c'est autre chose. La néphrotomie a été suivie au contraire d'un excellent résultat dans des cas où la néphrite était manifestement en jeu, èt le résultat s'est maintenu assez longtemps pour mériter d'être considéré comme définitif.

De même, dans le rein mobile, la néphropexie a suffi pour faire disparaître complètement les hématuries en rapport avec la néphroptose.

En pratique, la difficulté du choix de l'opération résulte de l'hésitation où l'on se trouve au sujet de la cause réelle de cette hématurie.

Quoi qu'il en soit, voici la conduite que nous proposons. En présence d'une hématurie rénale, rebelle aux moyens habituels, l'incision exploratrice s'impose. Le rein est mis à nu : on explore sa surface, on note ses adhérences, sa mobilité. S'il est mobile, s'il paraît sain à sa surface, on peut se contenter de le fixer sans l'ouvrir : ce serait cependant une garantie de faire la néphrotomie exploratrice avant la néphropexie.

Le rein est incisé ; il faut ne pas laisser inaperçue une tuberculose miliaire au début. Si l'on trouve le rein tuberculeux ou un petit néoplasme, il faut l'enlever.

Mais en dehors de ces circonstances, nous pensons qu'il faut s'en tenir exclusivement à la néphrotomie.

La néphrectomie secondaire reste comme dernière ressource contre une hématurie qui aurait résisté au traitement chirurgical conservateur.

Hématuries de la grossesse. — M. Guyon (en son nom et au nom de M. Albarran). En février 1897, j'ai attiré l'attention sur les hématuries répétées durant la grossesse et l'allaitement ; les observations en étaient rares et les accoucheurs ne les avaient que peu observées. Depuis, deux faits nouveaux ont été soignés à Necker.

En voici le résumé :

1er Cas. — Au cours d'une 2e grossesse, après quelques troubles de miction, apparaît une hématurie au 7e mois. Le cathétérisme de l'uretère montre avec toute certitude que le sang vient du rein droit. Les hématuries cessent avant l'accouchement, dès le 7 juillet. L'accouchement a lieu le 18. Les hématuries n'ont pas reparu depuis, la malade a été revue le 12 septembre.

2e Cas. — Il s'agit d'une femme enceinte de six mois ; les hématuries, datant de quatre mois, sont abondantes ; l'examen cystoscopique permet de voir que l'hématurie est rénale et montre des veines dilatées, tortueuses que l'on peut suivre depuis le col jusqu'aux orifices uretéraux ; l'hématurie cesse le 7 juillet, un mois environ après l'entrée de la malade dans le service. Elle quitte ensuite l'hôpital et n'a pas été revue.

D'autre part, Treub a publié trois cas semblables et il existe en somme aujourd'hui douze observations.

Dans deux des nôtres, l'observation cystoscopique a été faite. Les hématuries sont soit d'origine vésicale, soit plus souvent d'origine rénale. Das un cas on a vu les vaisseaux de la vessie très congestionnés ; dans l'autre, le cathétérisme a démontré l'origine rénale droite. D'ailleurs, à l'état normal, chez la femme grosse, il y a une forte congestion du segment inférieur de la vessie surtout marqué au niveau du col, et une modification du jet urétral qui s'écoule en bavant comme dans les cas de rétention rénale. Il ya donc, chez les femmes enceintes, *deux causes physiologiques* qui font comprendre le saignement.

Mais cela suffit-il ? A la cause physiologique, ne s'ajoute-t-il pas une *cause pathologique* ?

Pour la vessie une de nos observations indique la cystite. Pour le rein, dans un de nos cas il y avait augmentation de volume ; et même dans la première observation de Treub, il existait certainement des lésions rénales que l'on pouvait supposer tuberculeuses.

D'après ces faits il me semble difficile d'admettre que les hématuries gravidiques sont des hématuries essentielles. Ceci paraît d'autant plus certain qu'à côté des causes mécaniques favorisant l'hémorrhagie rénale, il y a l'influence des lésions dues aux néphrites qui peuvent exister au cours de la grossesse ; si bien que, dans le rein, la congestion peut se produire et devenir assez intense pour être hémorrhagique sans qu'une lésion macroscopique la sollicite ; elle paraît même pouvoir amener les effets les plus graves « en l'absence de toute altération anatomique cliniquement appréciable ».

Hématuries essentielles. — M. Tédenat (de Montpellier). Les hématuries essentielles seraient celles qui ne dépendraient d'aucune altération du rein ou du sang, où l'hémorrhagie serait à elle seule toute la maladie.

Dans une série de cas où on aurait pu croire à de simples troubles hémorrhagiques sans lésions, j'ai pu déceler des lésions scléreuses. Parfois le brightisme est latent et

ne se révèle que par des traces d'albumine, sous des influences diverses (coup de froid), action de certains agents qui sont des aliments (asperges) ou des médicaments (térébenthine, santal, iodiques). Dans ces cas, des hématuries rénales abondantes peuvent se répéter pendant une ou plusieurs années, représentant toute la symptomatologie de la lésion du rein.

J'ai pu réunir quatre cas personnels; dans deux, l'état néphralgique joint à l'abondance des hématuries avait fait croire à des calculs rénaux. Deux malades ont été guéris par la néphrotomie.

Chez un autre, l'ablation d'un petit kyste hydatique a fait cesser les hématuries. Chez un vieillard, des hématuries habituelles depuis sept ou huit mois, coïncidant avec une tumeur occupant la région du rein, je fais l'incision de la néphrectomie. Je tombe sur un énorme cancer de la partie inférieure du côlon descendant. La tumeur comprimait le pédicule rénal. Je résèque le cancer colique. Guérison avec sept mois de survie, sans retour des hématuries.

Tous ces faits me permettent, sinon de révoquer en doute l'existence des hématuries essentielles, du moins de ne pas l'admettre sans une certaine hésitation.

De l'influence de la rétention rénale sur les néphrorrhagies. — M. Pousson (de Bordeaux). Du remarquable rapport de MM. Malherbe et Legueu, il résulte que les hématuries essentielles ou *sine materia* sont tout à fait exceptionnelles. Elles disparaîtront définitivement, croyons-nous, du cadre nosologique, si désormais on a grand soin de noter très exactement chez tous les hématuriques rénaux l'état macroscopique et microscopique des reins. A côté des grosses lésions, traumatismes, calculs, néoplasies diverses, toutes les altérations des reins même les plus minimes, sont susceptibles de le faire saigner par un même mécanisme, celui de la congestion si facile à produire dans un organe aussi vasculaire et aussi richement innervé.

Parmi ces altérations la mobilité anormale ou toute autre condition déterminant la rétention rénale ont été relevés seulement un très petit nombre de fois. Ayant eu occasion de voir récemment deux cas d'hématurie provoquée par ces deux causes, je vous demande la permission de verser leurs observations aux débats.

Ma première malade, 29 ans, blanchisseuse, sans antécédents, non mariée, pas de grossesse, ayant pourtant comme passé morbide la variole sans complications vers l'âge de 16 ans, a commencé il y a quatre ans à éprouver des douleurs lombaires gauches spontanées, continues, ne s'exagérant pas par la fatigue et ne s'accompagnant d'aucun trouble du côté des urines; notamment ni sables ni graviers. Depuis un an, elle pisse de temps en temps du sang en abondance, et son émission est nettement provoquée par la fatigue et la station debout prolongée, exigée par sa profession. Le rein droit est franchement mobile, par contre le rein gauche est en place et indolent à un premier examen, mais, ultérieurement, je le trouve gros et douloureux. La cystoscopie montre que le sang provient de l'uretère gauche, l'urine sort claire de l'uretère droit.

Mon diagnostic est : calcul mobile du bassinet droit obturant par intervalle l'embouchure de l'urèthre d'où distension et saignement.

L'incision lombaire montre un rein volumineux, mou, d'aspect uronéphrotique : fendu sur son bord convexe, il donne issue à une grande quantité d'urine liquide, mais je ne trouve pas le moindre calcul. L'embouchure de l'uretère au bassinet se fait au point déclive, mais il existe à son niveau une valvule oblitérant en partie la lumière uretérale, lorsque le rein est en place et en totalité lorsqu'il se courbe en avant; j'incise la valvule et suture le rein comme dans la néphropexie. A partir de ce jour, les hématuries cessent définitivement; mais le rein s'étant infecté consécutivement je dus pratiquer la néphrectomie.

Ma seconde observation a pour sujet un homme de 35 ans, dont je réserve l'histoire complète, intéressante à d'autres titres, pour la séance consacrée aux maladies des reins. Après avoir présenté dans son enfance des troubles vagues de lithiase rénale, cet homme n'a commencé à uriner du sang qu'à l'âge de 32 ans et ces hématuries, d'abord discrètes et passagères, sont devenues abondantes et de longue durée au point de plonger le malade dans une anémie profonde et de faire croire à un néoplasme du rein gauche, qui était très volumineux et douloureux. L'organe mis à nu fut trouvé énorme, bosselé, ayant l'aspect d'un rein tuberculeux. Je le fendis et trouvai dans le bassinet un calcul noirâtre, oxalique, de forme générale arrondie, mais ayant un prolongement qui, s'engageant dans l'orifice de l'uretère, l'oblitérait en partie et avait déterminé une uronéphrose considérable, origine elle-même de l'hématurie. En raison des lésions rénales et dans la crainte de voir les pertes de sang, qui avaient épuisé complètement le malade, continuer, je fis la néphrectomie. Le malade opéré depuis six mois est en très bonne santé.

M. Albarran (de Paris). — Jusqu'à la fin de l'année 1897, les hématuries rénales essentielles étaient admises sans discussion. Keesmarkers publia alors une observation de néphrite chronique hématurique et peu après, dans une leçon faite en 1898, je démontrai que la presque totalité des cas publiés pouvait rentrer dans les groupes d'hématuries rénales déjà connues, dans les hématuries de la grossesse que Guyon avait signalées, enfin dans les trois catégories importantes négligées par les auteurs : 1° l'hématurie du rein mobile dont je donnai des exemples personnels et que les travaux ultérieurs de Rowsing, de Newman, etc., ont confirmé; 2° les hématuries des hydronéphroses; 3° l'hématurie de certaines néphrites chroniques à symptômes larvés. Je donnai plusieurs observations démonstratives de ces néphrites hématuriques et fis rentrer dans ce groupe de néphrorragies bon nombre d'anciennes observations publiées comme des hématuries rénales essentielles.

Depuis mon travail, on a publié un grand nombre d'autres observations de néphrite chronique hématurique incontestable, j'en trouve 17 observations en ajoutant aux cas publiés celui que je vous présente aujourd'hui. Mon malade, âgé de 53 ans, avait depuis six ans des douleurs dans la région rénale droite; des analyses répétées depuis cette époque ont toujours démontré l'existence dans les urines de 30 à 50 centigrammes d'albumine par litre; souvent on y signala des globules rouges, et, une fois, des cylindres granuleux. Aucun autre symptôme de néphrite. Dans ces derniers temps, douleurs intolérables, puis hématurie abondante pendant vingt-quatre heures : il reste ensuite en petite quantité du sang dans l'urine.

Je fais la néphrotomie et je trouve un gros rein, qui ne paraît guère atteint de néphrite ; j'en prélève un fragment et au microscope je vois des lésions évidentes de néphrite diffuse épithéliale et conjonctive.

Ce malade est en voie de guérison.

Je remarque que depuis que l'attention est appelée sur les lésions urinaires qui peuvent provoquer le saignement du rein, aucun nouveau cas d'hématurie essentielle n'a été publié.

Si on peut invoquer l'altération primitive toxique ou infectieuse du sang pour expliquer certaines hématuries, il faut, dans les cas de grandes hématuries de certaines néphrites méconnues, ne pas tenir compte que de ce facteur pathogénique. Alors même que l'hémato-toxémie serait démontrée, dans ces cas, et elle ne l'est pas, il faut considérer que la lésion rénale antérieure ou postérieure à l'altération sanguine joue le rôle important de favoriser la congestion hémorrhagipare de l'organe malade. J'en trouve la démonstration dans ce fait que, pour la plupart, ces hématuries des néphrites n'ont lieu que par un seul rein ; elles sont unilatérales.

Au point de vue pratique, j'appelle votre attention sur l'hémorrhagie considérable que la néphrotomie détermine dans ces cas : si pour des raisons variables on ne suture pas le rein et qu'on le tamponne, il faut se méfier des hémorrhagies considérables qui peuvent survenir même après 5 et 6 jours, lorsqu'on enlève les tampons de gaze.

Des hématuries dites essentielles et d'origine lithiasique rénale. — M. Auguste Boursier (de Contrexéville). L'hématurie est un des symptômes de la lithiase rénale et peut être longtemps le seul symptôme. L'expulsion d'un ou de plusieurs calculs, avec ou sans crise néphrétique, fixe plus tard le diagnostic.

Il existe des hématuries lithiasiques uriques ou oxaliques sans calcul, qui ont été prises pour des hématuries essentielles.

L'acide urique peut, par sa seule présence, provoquer des hématuries en irritant les éléments du rein, en les congestionnant (hématurie précédant les accès de goutte, hématurie goutteuse, hématurie chez les enfants de la classe aisée, issus de parents goutteux).

L'oxalate de chaux avec ses cristaux à pointes acérées, en forme d'enveloppes de lettre, détermine plus souvent encore des hématuries ; elles sont quelquefois abondantes, presque continues, augmentent avec la quantité d'oxalates de chaux, disparaissent quand l'oxalate de chaux est remplacé par de l'acide urique.

Certaines hématuries paroxystiques, cycliques, celles observées chez les enfants des classes pauvres, celles qui paraissent liées pour quelques auteurs à une influence nerveuse, ne seraient que des hématuries d'origine oxalurique et seraient provoquées par les causes qui engendrent spécialement l'oxalurie (troubles digestifs ou nerveux).

Hématuries prémonitoires de certaines affections rénales. — M. le Dr P. Hamonic (de Paris). Certaines hématuries se manifestent parfois très longtemps avant l'apparition des premiers symptômes des affections rénales.

Je possède un certain nombre d'observations d'hématuries prémonitoires des affections rénales. J'en détache cinq qui sont intéressantes parce que j'ai pu observer les malades pendant un grand nombre d'années.

1er Cas. — Sujet atteint en 1885 d'hématuries rénales. Examen de l'appareil urinaire négatif. Urine normale. La santé redevient parfaite jusqu'en 1890. A cette époque, explosion d'une néphrite parenchymateuse, qui a pris depuis une allure bénigne.

2e Cas. — En 1889, le sujet est atteint de deux violentes hématuries. L'urine renfermait des cristaux microscopiques d'oxalate de chaux. Retour à la santé pendant trois ans. Puis, coliques néphrétiques et anurie nécessitant la néphrotomie. Je retire un calcul ramifié du bassinet droit. Guérison.

3e Cas. — En 1891 le malade a une série d'hématuries sans aucune autre manifestation. En 1896 éclatent des accidents qui nécessitent une intervention. A l'ouverture du rein je trouve des tubercules miliaires, et j'enlève l'organe. Guérison. Depuis, la malade a présenté un début de tuberculose pulmonaire.

4e Cas. — Une malade est atteinte d'hématurie spontanée en 1896. Aucun signe d'une affection quelconque de l'appareil urinaire n'est révélé. Pendant deux ans la santé a été parfaite. En 1898, il se développe un cancer rénal gauche, et la malade n'ayant pas voulu se faire opérer succombe des suites de l'urémie.

5e Cas. — A la fin de l'année 1896, j'ai pratiqué la néphrotomie à un malade atteint d'hématuries rebelles à tout traitement. Le rein se montre, à la section, absolument sain. Je le suture et referme la plaie. Guérison rapide. Je considère ce malade, quoi qu'il se porte très bien depuis l'opération, comme exposé à une affection rénale grave, qui a chance d'éclater un jour ou l'autre.

Ces quelques cas prouvent qu'il faut tenir grand compte des hématuries rénales qui apparaissent spontanément et disparaissent de même. Ce peut être en effet des hématuries prémontoires d'affections organiques graves qui se développeront plus tard.

M. Galland Gleize (de Vittel). Les faits que j'ai personnellement observés dans ma pratique me portent à adopter pleinement la conclusion de nos rapporteurs. Je ne crois guère aux hématuries *sine materia*. Comme tous les praticiens j'ai pu voir des malades qui, dans le cours de leur existence, brusquement et en pleine santé, ou tout au moins à la suite d'influence diverses mal précisées, ont uriné du sang en quantité plus ou moins considérable, pendant un ou plusieurs jours de suite. L'hémorrhagie chez eux ne s'est plus reproduite ensuite, elle ne s'est accompagnée, elle n'a été suivie d'aucun symptôme de nature à faire admettre l'existence d'une lésion quelconque des voies urinaires. Mais toutes les observations sont purement cliniques, le seul contrôle vraiment sérieux, le contrôle anatomique leur fait défaut.

Dans le cours de ma pratique à Vittel, j'ai recueilli 4 observations dans lesquelles il s'agit encore de malades ayant eu des hématuries qui ont présenté tous les caractères des hématuries dites primitivement essentielles ; le pissement de sang a constitué toute la maladie. Or, chez trois de ces malades, il y a eu respectivement, après dix-huit mois, quatre et sept ans de santé parfaite, une nouvelle hématurie, à la suite de laquelle l'examen permit cette fois de constater la présence d'une pierre rénale dans un cas, vésicale dans deux cas. Chez le quatrième malade, après deux ans de santé parfaite, l'examen cystoscopique permit de découvrir la présence d'une petite tumeur épithéliale sur la paroi vésicale.

Il me paraît évident que, dans tous ces cas, l'hématurie initiale était bien le premier phénomène par lequel se traduisait une affection déjà nettement constituée.

Hématurie hémophilique. — M. Léon Imbert (de Montpellier). Je vous présente l'observation d'un malade de 33 ans, hémophilique avéré, sujet depuis son enfance à des hémorrhagies de toutes sortes, il avait eu des épistaxis très abondantes, des hémoptysies et surtout des hématomes survenant sous l'influence d'une cause insignifiante ou même spontanément en apparence; pas d'antécédents héréditaires hémophiliques, mais les parents étaient atteints de varices et d'affections hépatiques. L'hémophilie était en outre confirmée par de fréquentes arthropathies ayant débuté dans la première enfance et atteignant surtout les membres inférieurs. Les hématuries ont débuté vers l'âge de 23 ans, et depuis lors le malade a uriné le sang à quatre ou cinq reprises. Il est impossible de certifier l'origine rénale ou vésicale de ces hémorrhagies; mais elles sont évidemment liées à l'affection hémophilique.

Il est rare d'observer des faits aussi nets. Malgeureusement la thérapeutique est à peu près impuissante. Cependant, je me propose d'essayer dans ce cas les injections de gélatine proposées récemment par Lancereaux pour la cure des anévrysmes de l'aorte.

De l'hématurie au cours du rein mobile. — M. O. Pasteau. Voici l'observation suivie pendant trois ans d'un cas d'hématurie au cours du rein mobile. Il s'agit d'une femme de 44 ans, qui a présenté depuis 1885 des phénomènes de coliques hépatiques, quelquefois suivis d'ictère. En 1893, les douleurs changèrent un peu de caractère et revêtirent les allures de coliques néphrétiques. En dehors des crises, le rein droit était descendu, mobile, régulier, de volume normal, non tendu et non douloureux. Au moment des crises, je constatai une augmentation de volume du rein, qui était tendu et douloureux à la pression. Douleur et augmentation de volume disparurent avec le repos, mais en même temps survint une *hématurie* totale qui dura un jour pour la première fois. Les crises se répétèrent l'hématurie survenant dans les mêmes conditions et se prolongeant plusieurs jours. *Tous les accidents disparurent à la suite de la néphropexie*; du jour de l'opération, cessa toute hématurie.

La pathogénie de l'hématurie est facile à expliquer ici; elle arrive nettement après la crise de rétention rénale et n'est que la signature clinique de l'hémorrhagie intrarénale due à la congestion provoquée par la rétention.

Des hématuries chez les goutteux. — M. Desnos (de Paris). Dans un assez grand nombre de cas on voit, chez les goutteux, apparaître des hématuries qui alternent, suivent et précèdent des attaques de goutte articulaire ou viscérale. Elles sont de deux ordres : tantôt elles s'accompagnent de crises de douleurs ayant la plupart des caractères des coliques néphrétiques; tantôt elles ne présentent aucun autre phénomène, la perte de sang constituant toute la maladie. Il semble naturel de rapporter ce symptôme à une congestion du rein analogue à celles qui se produisent dans d'autres organes, d'autant plus que l'examen du malade pratiqué dans l'intervalle des crises ne permet de retrouver aucun symptôme du côté de l'appareil urinaire.

Cependant, 5 cas que j'ai observés m'ont permis d'avoir la preuve que la congestion n'est pas toujours seule en cause. Chez ces malades, des hématuries sont survenues, dans les conditions que je viens de rappeler, manifestement influencées par des accès de goutte dont la disparition et le retour faisaient revenir ou cesser l'hématurie. Or, deux d'entre eux furent néphrotomisés et j'y trouvai un calcul; deux autres rendirent leur calcul spontanément, après une crise néphrétique; l'hématurie cessa immédiatement après l'expulsion du calcul pour ne plus revenir.

Il est impossible de nier que le calcul ait été la cause des hématuries puisqu'elles n'ont plus reparu; on doit donc être très réservé dans le diagnostic des cas de ce genre, car les hématuries qui paraissent franchement congestives sont, on le voit, calculeuses. S'ensuit-il que la goutte soit indifférente à leurs prétentions? Assurément non, mais la présence du calcul prédispose aux répercussions sur le rein des manifestations goutteuses. Il faut donc explorer et opérer de suite, s'il y a lieu.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de pathologie chirurgicale.* M. le prof. Lannelongue commencera ce cours le lundi 6 novembre 1899, à 5 heures (Laboratoire de pathologie externe, à l'Ecole pratique), et se continuera (au même laboratoire) les mercredis et vendredis, à 3 heures, et les lundis, à 5 heures.

Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale (Asile Sainte Anne). — M. le prof. Joffroy commencera ce cours le vendredi 17 novembre 1899, à 2 h. 1/2, à l'amphithéâtre de l'asile Sainte-Anne, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie interne. — M. le prof. Debove commencera ce cours le samedi 11 novembre 1899, à 3 heures (Grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Diagnostic des maladies aiguës.

Cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées à la toxcologie. — I. Cours de médecine légale pratique à la Morgue. Ce cours commencera à la Morgue le mercredi 8 novembre 1899, à 2 heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours :

Les mercredis : M. le prof. Brouardel.

Les vendredis : M. Descout, chef du laboratoire de médecine légale.

Les lundis : M. Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

II. Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie.

Ces Conférences seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 11 novembre 1899, les mardis, jeudis et samedis.

Ordre du cours :

Les jeudis, à 4 heures : M. Descoust, chef du laboratoire de médecine légale.

Les mardis, à 3 heures : M. Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les samedis, à 3 heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

III. — Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique, aux conférences et au laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre ce cours et ces conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté :

1° MM. les docteurs en médecine.

2° MM. les étudiants ayant subi le 3e examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf), sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique. Ces élèves seront inscrits au laboratoire, et après autorisation du Doyen, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance des droits prescrits 50 fr. par trimestre.

Hôpitaux de Paris. — Amphithéâtre d'anatomie, année 1899-1900. — Saison d'hiver.

MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques, sous la direction de M. le Dr Quénu, commenceront le lundi 6 novembre 1899.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le Dr Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Hopital de la Pitié. — *Leçons sur les Maladies de la Peau.* — M. le docteur G. Thibierge commencera des leçons sur les maladies de la pean, à l'Hôpital de la Pitié, le dimanche 5 novembre, à 10 h. et les continuera les dimanches suivants à la même heure. — Ces leçons seront consacrées à la Thérapeuthique des Maladies de la peau et suivies de présentations de maladies.

Le mercredi et le samedi à 9 heures, Consultation pour les Maladies de la peau.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine, vacantes au 1er janvier 1900, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif, et l'infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de police.

Le lundi, 4 décembre 1899, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau 2, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine vacantes dans lesdits établissements au 1er janvier 1900.

Les candidats qui désirent prendre part à ce Concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville. 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures, du lundi 6, au samedi 18 novembre 1899, inclusivement.

Hôpitaux de Bordeaux. — M. le Dr Baudrimont, chirurgien titulaire à l'hôpital Saint-André, atteint par la limite d'âge, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux et hospices.

M. le Dr Monod, chirurgien titulaire à l'hôpital-hospice des Enfants, passe au même titre à l'hôpital Saint-André pour remplacer M. le Dr Baudrimont.

M. le Dr Courtin, chirurgien titulaire à l'hospice général, remplace M. le Dr Monod à l'hôpital-hospice des Enfants.

M. le Dr Denucé, chirurgien adjoint à l'hôpital-hospice des Enfants, est nommé chirurgien titulaire des hôpitaux et affecté à l'hospice général en remplacement de M. le Dr Courtin.

M. le Dr Bégouin, chirurgien adjoint à l'hospice général, passe en la même qualité à l'hôpital-hospice des Enfants, où il remplace M. le Dr Denucé.

Ces décisions ont eu leur effet, à partir du 28 octobre.

Conférences de déontologie médicale. — MM. les Drs P. Le Gendre et G. Lepage commenceront le lundi 6 novembre, à neuf heures du soir, des conférences de déontologie médicale à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Ces conférences gratuites auront lieu les lundis 6, 13, 20 et 27 novembre, à la même heure. Ne seront admis que les étudiants en médecine sur la présentation de leur carte.

Nécrologie. — Le Dr Maucotel, de Mirecourt (Vosges), décédé à l'âge de 42 ans. — Le Dr Vidal, de Pierrefort (Cantal), reçu en 1893. — Le Dr Eugène Outin, médecin en chef de la Compagnie française des chemins de fer de la province de Santa-Fé (République-Argentine), est mort à Buenos-Aires, le 18 août, à l'âge de 45 ans. — M. Coussodières, médecin à Flaujaques (Gironde), reçu en 1880. — Le Dr Rouges, de Saint-Loubès (Gironde), reçu en 1854. — M. Peteaux, médecin à Vaux-Andigny (Aisne), reçu en 1851. — Le Dr Loupy, de Saint-Renan (Finistère), reçu en 1862.

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée, de Paris en Orient (viâ Marseille). — La Compagnie P.-L.-M., d'accord avec les Compagnies des Messageries Maritimes, Fraissinet et Paquet, délivre des billets directs pour se rendre, par la voie de Marseille, de Paris à l'un quelconque des ports ci-après : Alexandrette, Beyrouth, Constantinople, Le Pirée, Smyrne, Alexandrie, Jaffa, Pord-Saïd, Batoum, Salonique, Odessa, Samsoum, etc...

Il est également délivré dans les Agences de la Compagnie des Messageries Maritimes, des billets d'aller et retour, valables 120 jours, pour se rendre viâ Marseille, de Paris à Alexandrie, Port-Saïd, Jaffa, Beyrouth.

Ces billets donnent droit à une franchise de 30 kilogr. de bagages par place sur le chemin de fer; sur les paquebots cette franchise est de 100 kilogr. par place de 1re classe et de 60 kilogr. par place de 2e classe.

Pour plus amples renseignements, consulter le Livret-Guide P.-L.-M. mis en vente au prix de 0 fr. 50 dans les gares de la Compagnie.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER,** 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*